Z KLINIKI I PRACOWNI DERMATOLOG. PROF. REISSA W KRAKOWIE.

PRZYCZYNEK DO HISTOLOGII SAMOISTNEGO ROZLANEGO ZANIKU SKÓRY (ATROPHIA CUTIS IDIOPATHICA DIFFUSA)

SKREŚLIŁ

Dr. FRANCISZEK KRZYSZTAŁOWICZ

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
W KRAKOWIE
1901.

Z KLINIKI I PRACOWNI DERMATOLOG. PROF. REISSA W KRAKOWIE.

PRZYCZYNEK DO HISTOLOGII SAMOISTNEGO ROZLANEGO ZANIKU SKÓRY (ATROPHIA CUTIS IDIOPATHICA DIFFUSA)

SKREŚLIŁ

Dr. FRANCISZEK KRZYSZTAŁOWICZ

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
W KRAKOWIE
1901.

NAKŁADEM AUTORA.
Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego".

Dotąd nie jesteśmy w stanie przedstawić dokładnie grupy spraw chorobowych, których cechą główną jest zanik skóry. Znamy różne choroby, które do zaniku doprowadzać mogą: w tych zatem przypadkach etyologia zaniku jest jasną; — w innych atoli zanik występuje niejako samoistnie, nie poprzedzony jakąś znaną sprawą chorobową; w takich przypadkach przyczyny jego zupełnie nie znamy. Dla wyjaśnienia tych ostatnich przypadków samoistnego zaniku musimy zbierać nie tylko dokładne wywiady, nie tylko przedstawić cały znany przebieg kliniczny, ale, — co najważniejsze, — z obrazów drobnowidowych zebrać dane, któreby nam sprawę chorobową choć częściowo wyjaśnić mogły. Dlatego na te ostatnie szczegóły w tym przypadku zwrócić chcemy szczególną uwagę.

F. K., lat 29 liczący, średnio odżywiony, przyjęty do kliniki w dniu 6. grudnia 1900, nie okazuje żadnych zmian w narządach wewnętrznych, lub w zakresie nerwów. Żadnej choroby dziedzicznej wykazać nie można. Chory nigdy obłożnie nie chorował, chorób wenerycznych również nie przebywał. Początki swej choroby odnosi do jesieni r. 1899, w którym to czasie miało się pojawić na skórze stopy i podudzia lewego sączenie skóry, sprowadzające świąd i pieczenie, — przyczem okolica kolana była obrzękła, ruchy w stawie jednak nie były upośledzone. Przy stosowaniu środków domowych objawy te wkrótce ustąpiły. W marcu 1900 r. doznał chory skaleczenia siekierą w grzbiet stopy lewej, a w kilka tygodni potem zaczął uczuwać wzdłuż tej całej kończyny dolnej naprzemian raz pieczenie, to znowu świąd, a prawie równocześnie zauważył pewne utrudnienie w ruchomości stawu kolanowego.

W miejscu skaleczenia na kończynie dolnej lewej znajdujemy bliznę, biegnącą od drugiego członu (falangi) palca 4-go w kierunku

nieco skośnym ku wewnątrz na długości 5 cm. Na całej kończynie dolnej prawej skóra jest naciekła, połyskująca i tak silnie napięta, że tylko w niektórych miejscach ująć się w fałd daje. Na stopie skóra schorzała odcina się ostro od zdrowej przy nasadzie palców, na zewnętrznym brzegu stopy, wreszcie linią falistą na wewnętrznym brzegu. W górze kończyny linia graniczna skóry chorej przebiega na pośladku łukowato, zwrócona wypukłością ku biodrom, jednak mniej ostro, niż na stopie. Skórę zdrową widać tylko na przestrzeni, nie większej od dłoni, na łydce i nieco mniejszy kawałek w przegubie kolanowym. Na całej chorej powierzchni prawie zupełnie niema włosów. Naciek skóry zdaje się być jednostajnym na całej chorej powierzchni podudzia i dolnej części uda, gdzie jest mniej wybitnym, — a wreszcie przechodzi w pas, na 1 ctm. szeroki, skóry odbarwionej i znacznie ścieńczałej. Skóra naciekła jest barwy czerwonej, w dolnych częściach nawet sinawej. Naskórek na podudziu przy ujęciu skóry w fałd przypomina z wejrzenia zmiętą cienką bibułkę, przyczem złuszcza się w większych lub mniejszych płatkach. W okolicy stawu kolanowego i dolnej części uda tworzy naskórek duże, silnie przylegające łuski, na pośladku zaś, obok wybitnego pomarszczenia, widać wybitne zabarwienie brunatne skóry. Podobne ciemne zabarwienie skóry nienaciekłej spostrzegać się daje na wewnętrznej powierzchni uda, gdzie ustaje naciek i łuszczenie się, jakoteż pofałdowanie skóry i przechodzi na dolną część powłok brzusznych tejże strony aż do pępka, ku tyłowi zaś na okolicę lędźwiową aż do 8-go żebra. Na miejscach ciemno zabarwionych naskórek jest suchy, szorstki i w drobne zmarszczki ułożony. Wśród tych miejsc widać tu i ówdzie plamy całkiem odbarwione, nieco zapadłe, różnej wielkości, rozsiane szczególnie w górnych częściach pojedynczo lub w grupach, a na obwodzie zmian wyraźnie nawet zlewające się ze sobą. Na grzbiecie od wysokości kąta łopatek do połowy pośladków spotykamy wśród zdrowej skóry takie same wysepki odbarwione ze zcieńczałym pomarszczonym naskórkiem, — zmian barwikowych jednak niema. W okolicy obudwu łopatek zaś, obok miejsc odbarwionych, odznaczających się wielkością, widać porozrzucane wysepki skóry z nagromadzeniem barwika. Na karku i na potylicy zauważyć można również miejsca białe i zapadłe, dochodzące do wielkości soczewicy, porosłe nieodbarwionym włosem. Plamy barwikowe brunatne zajmują także przedramię prawe i wewnętrzną stronę ramienia, a w obwodzie ich znajdują się drobne miejsca odbarwione. Naskórek złuszcza się na miejscach chorobowo zmienionych.

Miejsca zanikowe w postaci drobnych wysepek okazują pewne podobieństwo do t. zw. blizn poporodowych, są wyraźnie nieco po pod powierzchnię prawidłowego otoczenia wklęśnięte i okazują ścisłe odgraniczenie. Ogniska te mają kształt nieregularny, a zlewając się

w wielu miejscach ze sobą, tworzą większe obszary. Przejście z ognisk zanikowych w skórę prawidłową jest wszędzie ostre; — jakichkolwiek zmian przejściowych, na wpół zanikłych nie znachodzimy. Oziębienie, wywołane rozpylonym eterem, zdoła wywołać tylko na skórze prawidłowej wyraźną »gęsią skórę«; zresztą ani w miejscach naciekłych, ani w ogniskach zanikowych nizka ciepłota objawu tego wywołać nie jest w stanie. Ogniska wybitnie zanikłe zdają się być zupełnie odbarwione, natomiast w ich bezpośredniem otoczeniu znachodzimy niejednokrotnie miejsca przebarwione tak, że odnosi się wrażenie, jakby barwik w wielu miejscach zniesiony został z części środkowych ku obwodowi. W miejscach zanikłych znachodzimy w niektórych miejscach puszek (*lanugo*), szczególnie na przedniej ścianie klatki piersiowej.

Chory nie umie podać, czy w miejscach, które przedstawiają obecnie opisane zmiany, bądźto barwikowe, bądź zanikowe, istniały poprzednio nacieki, podobne do tych, jakie spotykamy na kończynie dolnej prawej, (*Fig.* 1).

Przy stosowaniu maści Hebry na kończynę dolną prawą usunięto warstwy łuszczącego się naskórka, — naciek skóry zdaje się być nieco mniejszy, a ruchomość w stawie kolanowym do kąta prostego dość swobodna.

Wstrzyknięcie pilokarpiny nie wywołuje w obszarach chorobowo zmienionych ani śladu pocenia, w częściach zaś, na granicy leżących, zaledwo skąpe krople potu.

Rozpoznanie: *Atrophia cutis idiopathica diffusa.*

Opisawszy spostrzegany na klinice Prof. Reissa powyższy przypadek, nie zamierzam porównywać jego obrazu klinicznego ze znanymi dotychczas w stosunkowo obszernem piśmiennictwie przypadkami, gdyż z opisu powyższego każdy zda sobie jasno sprawę, że o innej sprawie myśleć nie można w tym wypadku. Tak rozwój choroby, jak i objawy kliniczne wskazują wyraźnie, że rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości.

Wszystkie postacie zaniku skóry podzielićby można na samoistne i następowe, jak to czyni w swej pracy o tym przedmiocie Unna. Podział ten na razie wystarcza; następowym bowiem nazywamy taki zanik skóry, który występuje po jakiejś znanej sprawie chorobowej, np. gruźlica, kiła, liszaj rumieniowy *(lupus erythematosus)*, wyłysienie, łupież czerwony *(pityriasis rubra)* i t. p. — samoistnym zaś

w tym przypadku, gdy zanik jest pierwotny bez znanej sprawy chorobowej. Prawdopodobnie z czasem liczba postaci tej ostatniej grupy samoistnego zaniku coraz więcej zmniejszać się będzie; przypuszczać bowiem należy, że kiedyś, poznawszy przyczynę, określimy ją nazwą, opartą na etyologii.

Samoistne postacie zaniku rozdziela Unna na ograniczone i rozlane; te ostatnie zaś na ogólne (starczy i charłaczy), postępujące (powyżej opisany przypadek) i przywiązane do pewnych okolic ciała *(kraurosis* i drugi typ, t. zw. *xerodermia pigmentosa Kaposi).* Przypadek zatem opisany muszę zaliczyć do grupy samoistnego zaniku rozlanego i postępującego, powstałego jednak z przyczyny, jak dotąd, nieznanej.

O wiele ważniejszym wydaje mi się być w tym przypadku obraz drobnowidowy; dlatego przedstawię w dalszym ciągu nie tylko znalezione zmiany anatomiczne w stosunku do różnych objawów klinicznych, ale porównam zarazem obrazy pojedyńczych okresów i cechujące szczegóły z opisami, podanymi w podobnych przypadkach tego cierpienia przez innych autorów.

Prawie żaden z badaczy nie uwzględniał w obrazach histologicznych pewnych okresów chorobowych, klinicznie dających się odróżnić i przez wielu autorów opisywanych. Już gołem okiem bowiem zauważyć można różne postacie choroby w jej rozwoju. Obok miejsc nacieklych, w których skóra tylko z trudnością ująć się w fałdy daje, a powierzchnia jej jest jakby kolodyonem powleczoną, widzieć można plamy barwikowe o skórze pofałdowanej, tu i owdzie lekko łuszczącej się, wreszcie miejsca, jakby odbarwione, o skórze wyraźnie zanikłej, z naskórkiem zcieńczałym, łuszczącym się w blaszkowate cienkie łuski.

Chcąc dać obraz mikroskopowy całej sprawy chorobowej, muszę rozdzielić te trzy niejako okresy chorobowe i opisywać je z osobna, aby zdać sobie sprawę, o ile różnią się między sobą i o ile zmiany te rozwijają się w przebiegu sprawy. W tym celu wycięto kawałek skóry z zewnętrznej

powierzchni uda, jako zmiany najwcześniejszej. — kawałek z okolic pośladkowych, o ciemnem zabarwieniu i poczynającym zaniku, wreszcie skórę z łopatki. z miejsca zanikowego.

Wycięte kawałki skóry, wraz z tkanką podskórną ze wszystkich okresów wyżej wspomnianych. nie robią mikroskopowo wrażenia skóry zanikłej; skóra wydaje się być twardszą, więcej zbitą, lecz nie cieńszą. Pod mikroskopem wrażenie to potęguje się, a przyczyną jest prawdopodobniej brak warstwowania i części dodatkowych, bo wszystkie warstwy zlały się w jedną i leżą bezpośrednio na mięśniach. W miejscach ciała, gdzie tkanka podskórna jest szeroka, np. na brzuchu, widzieć można jeszcze w wyciętej skórze resztki tkanki tłuszczowej; kawałek wycięty z innych miejsc, np. z uda, nie zawiera wyraźnego tłuszczu, a tylko resztki tkanki łącznej, po nim pozostałej, zlewają się ze skórą właściwą i czynią ją szerszą. Poprzedzam obraz drobnowidowy tym szczegółem. gdyż zwrócił on naszą uwagę nawet w skórze, wyciętej z miejsca, które uważać należało za najwięcej uległe zanikowi.

Okres pierwszy, który, sądząc z ogólnego obrazu klinicznego, uważać należało za najwcześniejszy, okazuje pod mikroskopem, jak to już z wejrzenia gołem okiem przypuszczaliśmy, dość liczne i wybitne nacieki, usadowione w skórze właściwej i tkance podskórnej. w większej ilości jednak w głębszych, niż w powierzchownych warstwach skóry leżące. Wszyscy autorowie opisują te nacieki i umiejscowiają je przeważnie około naczyń, gruczołów skóry i torebek włosowych. B u c h w a l d opisuje je jako gromady, złożone z licznych okrągłych komórek, widoczne w wyżej wspomianych miejscach; podobnie J a d a s s o h n, C o l o m b i n i, B e c h e r t i H u b e r. H e u s s stwierdza silniejszy naciek około torebek włosowych, słabszy około naczyń tylko warstw górnych i średnich, który jednak utrzymuje się, choć tylko w skąpej ilości, także w okresie późniejszym. N e u m a n n pierwszy wyraził zdanie, że nacieki nie leżą tylko około naczyń lub gruczołów, ale że istnieją także w obfitych gru-

pach między wiązkami istoty klejorodnej i to tak w dolnych, jak i górnych częściach; dolne warstwy jednak mogą mieć mniej nacieku i tylko w około naczyń, ale nigdy w okresach początkowych.

Ze względu na to, że, o ile sądzić mogę z późniejszego obrazu, dostałem do zbadania okres świeży, początkowy, o wybitniejszym nacieku, niż inni autorowie, nie mogę zgodzić się na ostatni szczegół, przez Neumanna podany. Zawsze znajdowałem nacieki, chociaż w przeważnej ilości około naczyń i części dodatkowych skóry, to jednak także w przetworach między wiązkami istoty klejorodnej *(kollagen)*, nigdy jednak w większej ilości w górnych warstwach skóry, a przeciwnie najwybitniejsze gromady komórek spotykałem w częściach dolnych, nawet bez związku ze ścianami naczyniowemi. *(Fig. 2)*.

Nacieki są, wedle prawie wszystkich autorów, złożone z okrągłych drobnych komórek. Jadassohn i Neumann wspominają obok tych i o wrzecionowatych, zaprzeczają jednak istnienia komórek plazmatycznych, na które zwraca uwagę Unna i Huber, stwierdzając nie tylko ich obecność, ale uważając je obok nielicznych komórek tkanki łącznej za główny składnik nacieków. Przypuszczam, że poprzedni autorowie, którzy komórek tych nie widzieli. mieli do czynienia już z okresem późniejszym; stwierdzić bowiem muszę, że nie zdarzyło mi się dotychczas widzieć w żadnej przewlekłej sprawie chorobowej, w której są zazwyczaj w dużej ilości, komórek plazmatycznych *(Plasmazellen* Unna) tak dużych i dobrze rozwiniętych, jak w tej właśnie zmianie. *(Fig. 3)*.

Nacieki te, w znacznej części złożone z dużych komórek plazmatycznych, leżą w jednych miejscach około ścian naczyń włosowatych, w ich błonie zewnętrznej *(adventitia)*, w innych przerastają ich ściany. Prócz tego widać je w dość znacznej ilości około torebek włosowych i kłębków gruczołów potowych. Dodać należy, że ciałek wysiękowych nigdzie w skórze przy tej zmianie nie spotykałem.

a szczegół to ważny, choćby ze względu na tych, którzy komórki plazmatyczne tylko od limfocytów wywodzą. — W kilku preparatach znalazłem, podobnie jak Unna, wśród nacieków kulki hyaliny.

W górnych częściach skóry nacieki grupują się przeważnie około drobnych naczyń; w głębszych leżą, jak wspomniałem, komórki w szeregach, rozsuwając wiązki istoty klejorodnej, i w ścianach większych naczyń lub w około nich, o czem jeszcze później pomówię.

Istota klejorodna, prócz tego, że w miejscach nacieku jest rozsunięta na pewnej przestrzeni, nie przedstawia się zupełnie prawidłowo. Wiązki jej nie są grube, jędrne, prostolinijne z długimi, wzdłuż nich ciągnącymi się przestworami, ale są pokręcone, przez co na przekroju krótsze, przytem mniej jędrne, jakby suche. połamane i cieńsze, a przestwory między niemi wskutek tego także krótsze, ale liczniejsze. Tak przedstawiała mi się istota klejorodna w całej grubości skóry; nie widziałem nigdy uderzających różnic między górną a średnią lub dolną warstwą, jak to Neumann opisuje. W warstwie brodawkowej istota klejorodna zazwyczaj ma włókna cieńsze, rozsunięte przebiegającemi naczyniami, niż w warstwach głębszych; w zmianie tej jednak już w okresie wczesnym niema warstwy brodawkowej, na co zwracają wszyscy autorowie (prócz Heussa) szczególną uwagę, przez co cała górna warstwa skóry, leżąca pod naskórkiem, odpowiada spłaszczonym brodawkom.

Na włóknach istoty klejorodnej spostrzedz można, jak to opisałem, pewną nieprawidłowość, którą odnieść należy do początków zaniku; nie można jednak powiedzieć tego samego i o włóknach elastycznych, które okazują w tym okresie o tyle tylko zmiany, o ile są w styczności z wiązkami istoty klejorodnej. Z autorów jeden tylko Heuss opisuje dwa okresy i twierdzi, że w pierwszym zanik tkanki elastycznej jest nader mały, szczególnie w około naczyń. wśród nacieków i w ich otoczeniu. W naciekach, jak we wszystkich innych zmianach, cechujących się naciekami,

włókien elastycznych nie znajdowałem; w innych miejscach jednak ilość ich zdaje mi się być pozornie zwiększoną, prawdopodobnie przez to, że wiązki istoty klejorodnej, wzdłuż których włókna te leżą, są węższe, przez co włókna zbliżone do siebie. Inni autorowie opisują tylko mniejszy lub większy ich zanik, dlatego przytoczę ich opinie przy opisie okresu ostatniego.

Przypłaszczenie brodawek, wspomniane powyżej, nie tylko zaciera granice zazwyczaj dobrze rysującej się w stanie prawidłowym warstwy, ale jest także przyczyną, że naskórek przebiega prostolinijnie na skórze, tworząc zaledwo tu i owdzie tylko ślad smugi, dążącej nieco w głąb, przez co brodawki, przeważnie niewidoczne, gdzieniegdzie chociaż nizkie i płaskie widzieć można w tym pierwotnym okresie chorobowym (Huber); nie widziałem jednak w żadnym okresie dobrze rozwiniętych, niezmienionych, jak to Heuss opisuje.

Naskórek jest we wszystkich swych warstwach zmieniony, co stwierdzają także wszyscy autorowie, prócz Heussa, który wspomina tylko w okresie późniejszym o małym stopniu ścieńczenia warstw naskórka. Opisy jednak autorów, zgodne w zasadzie, różnią się dość znacznie w szczegółach, coby dowodziło wspomnianego powyżej przypuszczenia, że różni autorowie w różnych okresach sprawę chorobową badali pod mikroskopem. Z pierwszych autorów, którzy chorobę tę, dotąd tak mało znaną w swej istocie, opisywali, tylko Pospelow wskazuje, że warstwa zrogowaciała jest miejscami zgrubiała, tu i owdzie zaś cieńczeje, a reszta naskórka zanika, — u Buchwalda, Tontona i Jadassohna opisu tych warstw nie znajdujemy. Neumann opisuje warstwy komórek zrogowaciałych, jako jednolite pasmo bez jąder, podniesione od reszty komórek naskórka warstwę ziarnistą, zredukowaną do jednego szeregu komórek, a warstwę kolczastą o grubości prawidłowej, o kolcach wyraźniej występujących. W przypadku Colombiniego warstwa zrogowaciała była znacznie zcieńczalą, o komórkach cienkich, blaszkowatych; warstwa ziarnista tworzyła tylko

jeden szereg komórek, a szeregi komórek kolczastych były zanikłe, wreszcie warstwa podstawowa nie składała się z komórek walcowatych, lecz znacznie mniejszych, napełnionych barwikiem. Bechert mówi tylko o zaniku naskórka w ogólności, a Huber odróżnia w naskórku trzy warstwy: zrogowaciałą o komórkach płaskich, w całości zwężoną, ziarnistą w postaci jednego szeregu komórek i ścieńczałą do 4—5 szeregów warstwę komórek kolczastych. Komórki te są w osi poziomej znacznie wydłużone, jądra ich są mniejsze, a komórki warstwy podstawowej zatracają także swój kształt prawidłowy i napełnione są barwikiem w dużej ilości. Heller znalazł prawie te same szczegóły, tylko warstwy ziarnistej w wielu miejscach zupełnie nie widział, a warstwy zrogowaciałe składały się z komórek o wyraźnych jądrach, luźno ułożonych na sobie. Wreszcie Unna zwraca uwagę na szczegół, mało przez innych autorów uwzględniany, to jest niejednostajne zgrubienie warstwy zrogowaciałej, przyczem warstwa ziarnista zawsze wykazać się daje, a szeregi kolczaste zanikają i nie tworzą smug międzybrodawkowych.

Szczegóły powyższe zgadzają się w wielu punktach z obrazem, przezemnie znalezionym. Warstwa komórek zrogowaciałych tworzy w tym okresie jednolitą smugę komórek bezjądrzastych, zazwyczaj szerszą, niż reszta naskórka poniżej położonego, wejrzeniem podobna do przecięcia paznogcia *(Fig. 4)*. Nic więc dziwnego, że do tego stopnia uciska warstwy pod nią leżące, iż komórki ziarniste układają się zaledwo w jeden szereg wązkich komórek, znacznie wydłużonych w osi poziomej, o słabej ziarnistości, a warstwa kolczasta zatraca prawie zupełnie kolce, komórki jej także znacznie się wydłużają i przechodzą w dolne więcej okrągławe, choć prawie nigdy walcowate, jak w stanie prawidłowym. Przestwory między komórkami tych ostatnich szeregów są szerokie, jądra komórek nieco mniejsze, słabiej się barwiące, niektóre półksiężycowate (Colombini), a dalsze szeregi zawierają już w tym okresie dość obfity barwik. Wkraczania jednak nacieku w te dolne warstwy naskórka,

jak to opisuje Neumann, nigdy nie zauważyłem. Całość zatem robi wrażenie silnie zgrubiałej warstwy zrogowaciałego naskórka *(hyperkeratosis)*, jakby za dużej w stosunku do reszty skóry, chociaż silnie z resztą naskórka złączonej, sprawiającej przytem tak silny ucisk na warstwy dolne, że nie pozwala na ich rozwój prawidłowy i zmienia ich postać.

W dolnych szeregach komórek naskórka widać nawet w tym okresie dość obfity barwik, który w niewielkiej ilości znaleźć można i w warstwie skóry właściwej, leżącej pod naskórkiem.

Powracam jeszcze do obrazu naczyń, około których, jak stwierdzają wszyscy autorowie, grupują się głównie nacieki. Jedne jednak o ścianach zgrubiałych zachowują się prawidłowo, co widać szczególnie w górnych warstwach skóry, gdzie wszystkie naczynia zdają się być rozszerzone. Heller i Huber mówią o większej ilości naczyń w tej części skóry, czego w naszym przypadku wykazać nie mogłem; inni autorowie zaś mówią tylko o rozszerzeniu naczyń, szczególnie w górnych warstwach. Inne naczynia średniej warstwy otoczone są bezpośrednio na swej warstwie wewnętrznej *(intima)* naciekiem, przez co światła ich są uciśnięte, a obrzękłe śródbłonki sterczą wyraźnie do światła naczynia. Prócz tych jednak widzieć można naczynia, w których światło wrasta otaczający je naciek tak, że albo część światła zajętą jest nowowytworzoną tkanką, lub też światło w całości jest zarośnięte. Na niektórych miejscach, szczególnie warstw głębszych, spostrzegać się dają gromady komórek dośrodkowo ułożonych, jako miejsce zarośniętego tkanką łączną naczynia *(Fig. 5)*; na ten ostatni szczegół zarastania zupełnego świateł naczyniowych zwracają uwagę z autorów tylko Unna i Heuss. Pierwszy wskazuje na te zmiany szczególnie w żyłach, mniej w tętnicach; drugi mówi o rozroście śródbłonków i zwężeniu przez to światła naczyniowego. Na zmiany te w tym pierwszym okresie choroby zwracam szczególną uwagę, bo one zdają się tłómaczyć cały późniejszy rozwój sprawy chorobowej i jej następstwa.

Gruczoły skóry są w tym okresie mało zmienione, chociaż przedstawiają pewne nieprawidłowości. Kłębki gruczołów potowych bywają otoczone naciekiem, przez co są nieregularniej ułożone, niż w stanie prawidłowym; przewód już w tym okresie rzadko przebiega prostopadle, a więcej ukośnie. Śródbłonek ich jest wskutek ucisku wątły, a światło zazwyczaj węższe; nigdy jednak nie spostrzegałem przewodu gruczołowego w naskórku zrogowaciałym.

Torebki włosowe i gruczoły łojowe nie przedstawiają nawet takich zmian. prócz nacieków, które je otaczają. Z licznych autorów jeden tylko Heuss nie wspomina o jakichś zmianach gruczołów i torebek włosowych; inni opisują różne, odnoszące się do okresu zanikowego, dlatego przy opisie tego ostatniego o nich mówić będę.

Mięśnie gładkie skóry zdają się być w tym okresie niezmienione; tkanka tłuszczowa zaś jest w przeważnej części zanikła.

Jak wyżej opisany okres w obrazie mikroskopowym nazwać można śmiało okresem nacieku, tak drugi — okresem początkowego zaniku i nagromadzenia barwika; już gołem okiem bowiem wykazać można zcieńczenie skóry i silne zabarwienie brunatne.

Obraz mikroskopowy tak zmienionej skóry przedstawia pod pewnym względem dość znaczne różnice w stosunku do zmian, znalezionych w okresie nacieku. Przedewszystkiem bowiem nie widać tu tak wybitnych nacieków, cechujących okres poprzedni, a spotyka się tylko nieco komórek tkanki łącznej i skąpe komórki plazmatyczne, towarzyszące ścianom naczyniowym lub przestworom między istotą klejorodną. W niektórych miejscach warstw głębszych widać jeszcze wyraźnie nacieki, złożone z komórek plazmatycznych i łącznotkankowych. Wśród tych resztek nacieków, szczególnie zaś na ich obwodzie, znajdują się tu i owdzie liczne komórki ziarenkowate (*Mastzellen* Erlicha, *cellules granulifères* Browicza.

Istota klejorodna i włókna elastyczne dają podobny

obraz, jak to powyżej nakreśliłem; ale zanik początkowy tak pojedynczych wiązek istoty klejorodnej, jak i włókien elastycznych, zdaje się być w wyższym stopniu rozwinięty.

Części dodatkowe skóry okazują dość wysoki stopień zaniku, o którym u wszystkich autorów znajdujemy wyraźne wzmianki. Prawie wszyscy stwierdzają mniejszą ilość gruczołów i torebek włosowych; Pospelow pierwszy zwraca uwagę na poziome ułożenie kłębków potowych, co potwierdza Colombini i Unna, i zupełny zanik torebek włosowych i gruczołów łojowych. Jadassohn wskazuje na zupełny zanik gruczołów i torebek, które w okresie nacieku są tylko naciekłe. Neumann nie widział gruczołów łojowych, ani przewodów gruczołów potnych, a torebki włosowe tylko rzadkie. Colombini zwraca uwagę na zanik i odbarwienie włosów w drobnych torebkach i na małe tylko gruczoły łojowe. Heller wcale włosów nie znajdował, a gruczoły i torebki zanikające. Unna zaś wskazuje, obok zaniku tych części dodatkowych skóry, na rozszerzone na pewnych miejscach światła kłębków potnych, których przewody tylko wyjątkowo widzieć się dają.

Potwierdzam prawie wszystkie, opisywane powyżej przez różnych autorów szczegóły. Gruczoły potne leżą rzeczywiście, jeżeli nie poziomo, to przynajmniej bardzo skośnie do powierzchni skóry; światła ich przewodów są znacznie cieńsze, a nadbłonki nader wątłe, jakby pokurczone *(Fig. 6)*.

Gruczoły łojowe są również mniejsze, o komórkach zanikających, a torebki włosowe znacznie węższe, mają zazwyczaj przebieg kręty tak, że na jednym skrawku kilkakrotnie ulegają przecięciu. Mięśnie gładkie nie okazują jakichś wybitniejszych zmian, a są widoczne nawet koło torebek i gruczołów łojowych zanikających.

Naskórek nie wiele uległ zmianie; tak samo odróżnić w nim można warstwę Malpighiego, która jest ścieńczałą i zawiera płaskie, uciśnięte komórki, bez zróżniczkowanej warstwy podstawowej walcowatej, — jeden zazwyczaj szereg komórek ziarnistych i zgrubiałą, jak w okresie naciekowym,

warstwę zrogowaciałą. Rysunek różni się w całości tylko tem, że podczas gdy w poprzednim okresie warstwa zrogowaciała tworzy smugę równo ułożoną na kształt paznogcia, tutaj widać ją pofałdowaną, przez co powierzchnia naśladuje rysunek brodawek, a na pewnych miejscach nawet z oddzielającemi się na powierzchni łuseczkami. Nigdzie jednak nie widziałem komórek niezupełnie zrogowaciałych, z jądrem utrzymanem, jak opisywał Heller.

Dolne warstwy naskórka, przylegające do skóry właściwej, napełnione są obfitemi ziarnami barwika, który leżąc wolno i w komórkach, znajduje się również w warstwach górnych skóry w większej ilości, niż w innych okresach tego cierpienia.

W końcu mam przed sobą obrazy ostatniego okresu *(Fig. 7)*, który spostrzegany już gołem okiem, za zanikowy uważany być może. Nie sądzę jednak, iżby postacie skóry, spostrzegane w naszym przypadku, były obrazem zaniku końcowego — sprawy, która dalej postępować nie będzie, a owszem, oglądając ją bliżej, przypuszczać należy, że są to dopiero początki zupełnego zaniku.

Skóra nie różniła się wiele w tym okresie końcowym od skóry poprzednio opisanej. Przedewszystkiem zaznaczyć trzeba brak nacieków, chociaż tu i ówdzie jeszcze około naczyń ilość komórek wrzecionowatych tkanki łącznej była nieco zwiększona; istota klejorodna podobnie zanikająca, jak poprzednio opisałem, a tkanka elastyczna zmieniona tak co do postaci, jak i ilości. Wskazywałem już poprzednio, że włókna elastyczne przebiegają więcej pokręcone, co w tym okresie jeszcze więcej się uwidocznia, — znacznie więcej widać je tylko w postaci odłamków, krótszych lub dłuższych kawałków, szczególnie w środkowych częściach skóry właściwej. W górnych częściach siatka jest utrzymana, ale włókna są drobniejsze, gorzej się barwiące i skąpsze, — a to zmniejszenie ilości włókien widzieć można we wszystkich warstwach skóry. Badanie chemiczno-histologiczne włókien nie daje nigdzie oddziaływania, toteż nigdzie nie można

mówić o zwyrodnieniu czy istoty klejorodnej, czy włókien elastycznych.

Zdania autorów w tym kierunku nie zupełnie zgadzają się ze sobą, chociaż prawie wszyscy wykazują zanik włókien elastycznych. Buchwald i Touton sądzą, że tkanka elastyczna zanika w mniejszym stopniu, niż inne tkanki, coby najwięcej się zgadzało z obrazami mikroskopowymi naszego przypadku. Colombini wskazuje jednak w przypadku swoim na zanik włókien elastycznych, które, chociaż cieńsze, gorzej się barwiące lub połamane, zawsze znajdował. Neumann nie stwierdzał tkanki elastycznej tylko tam, gdzie nie było brodawek, lub wśród nacieku. Heller opisuje odniesione wrażenie rzekomego zwiększenia włókien przez zanik wiązek istoty klejorodnej, o czem i w naszym przypadku była mowa. Huber spostrzegał to pozorne zwiększenie w utrzymanych brodawkach, chociaż włókna były cieńsze i słabiej się barwiące; wyraźne zmniejszenie ilości włókien widział tylko wśród nacieków i w środkowej warstwie skóry. Wedle Unny siatka podnaskórkowa tworzy jednostajną warstwę bez wyraźnych włókien, czego wykazać nie mogłem; opisuje on jednak także objawy nieregularnego zaniku włókien, wyraźnie widocznego tylko na pewnych punktach, przyczem określa przebieg włókien w sposób nader cechujący, twierdząc, że robią wrażenie, jakby zatraciły dla siebie punkt oparcia. Zupełny brak włókien elastycznych, czego w naszym przypadku na żadnem miejscu nie było, widział Jadassohn u swojego chorego, stwierdzając tylko, że zanik istniał na pewnych miejscach, nieregularnie ułożonych. Następnie Heuss daje również obraz zupełnego zaniku, który rozpoczyna się według niego około naczyń górnej i środkowej warstwy skóry właściwej, chociaż najdłużej utrzymuje się tkanka elastyczna w warstwie brodawkowej, co obrazy nasze potwierdzićby mogły, gdyż w tych górnych częściach skóry znajdowałem zawsze najlepiej utrzymane włókna.

Zanikające gruczoły i torebki włosowe opisałem już

przy poprzednim okresie, jakby przejściowym; — zwracam zatem obecnie tylko uwagę na to, że położenie kłębków potowych jest najczęściej zupełnie poziome, a gruczoły łojowe są skąpe i małe.

Torebki włosowe są, jak wspomniałem, zazwyczaj cieńsze, skurczone, pokręcone, a włos w nich cienki, zanikający. Ciekawy obraz obraz daje ich ujście, które jest lejkowate i zapełnione masami rogowemi, jakby perłami (*Hornperle),* które przeszkadzają wydobyciu się włosa na powierzchnię skóry i powodują następowy zanik jego i gruczołu łojowego, który staje się bezczynnym. *(Fig. 8).* Mięsień gładki występuje wyraźnie wśród krótkich wiązek istoty klejorodnej, zdaje się być raczej przerosłym, niż zanikłym, a w miejscach przyczepu zauważyć tylko można włókna elastyczne mniej liczne, niż w stanie prawidłowym.

Naskórek wreszcie różni się także dość znacznie od okresów poprzednich. Komórki kolczaste nie są uciśnięte, gdyż warstwa zrogowaciała jest cienka, z komórek suchych, blaszkowatych złożona i leży wprost bez warstwy ziarnistej na ścieńczałej warstwie kolczastej, o komórkach nie płaskich i wydłużonych, ale okrągławych, wielobocznych, o barwiących się jądrach. Warstwa podstawowa nie odróżnia się od reszty komórek i zawiera barwik tak obfity, jak w stanie prawidłowym; nie znajdowałem jednak w tym okresie barwika w skórze właściwej, co widocznem było w okresach poprzednich.

Łatwo teraz z pojedynczych obrazów histologicznych wytłómaczyć i postacie kliniczne. Stan skóry, który nazwaliśmy okresem nacieku, okazuje obok zaczerwienia z odcieniem sinawym znaczne napięcie. Naciek skóry i rozszerzenie naczyń tłómaczy dostatecznie i barwę i twardość skóry, którą podnosi jeszcze zgrubienie warstwy zrogowaciałej , nadającej skórze wejrzenie szkliste, gładkie i napięte. Wspomniany brak wydzielania potu nawet pod wpływem pilokarpiny wyjaśnia zachowanie się gruczołów potowych w obrazie histologicznym, zgrubienie powierzchownych

warstw naskórka. wreszcie brak przewodów potowych w tej ostatniej warstwie.

Drugą postać ciemno zabarwioną i miękką. jakby zcieńczałą, cechuje w obrazie mikroskopowym znaczna ilość barwika nietylko w naskórku, ale i w skórze właściwej, obok pofałdowania zanikających szeregów naskórka i początkowego zaniku podścieliska skóry właściwej. Trzeci okres wreszcie jest obrazem zaniku znaczniejszego stopnia wszystkich tkanek składowych skóry, który może postępować, jak się zdaje, do tego stopnia, że obok zaniku gruczołów i torebek włosowych tak odporna tkanka elastyczna w zupełności ginie.

Histogeneza zatem tego cierpienia zdaje się być jasną; jako pierwszy objaw występuje naciek około naczyń i między wiązkami istoty klejorodnej, a z czasem przychodzi do zaniku pierwiastków tkankowych skóry i jej części dodatkowych. Przedewszystkiem ocenić więc trzeba znaczenie nacieku; nacieki, składające się przeważnie z komórek plazmatycznych, mają cechy sprawy zapalnej przewlekłej. Komórki nacieku grupują się przeważnie w ścianach naczyń, a wrastając w niektórych miejscach w ich światła. sprowadzają ich zarośnięcie zupełne, co nie może być obojętne dla sprawy chorobowej i dalszego przebiegu. To też w okresie późniejszym choroby nacieki coraz są mniejsze, a wytwarza się równorzędnie zanik istoty klejorodnej, tkanki elastycznej i gruczołów, aż w końcu przyjść może do bardzo znacznego zaniku tych tkanek, jako sprawy końcowej, jak to widzimy w przypadkach niektórych autorów. Heuss twierdzi, że zarastaniu świateł naczyniowych nie można przypisywać większego znaczenia, gdyż z jednej strony nie jest to ogólne, a z drugiej objaw ten powtarza się stale we wszystkich sprawach, połączonych z zanikiem. Trudno zgodzić się na podobne rozumowanie; częściowe bowiem, ograniczające się do pewnych tylko naczyń zwężenie i zarośnięcie sprowadza zanik nie ogólny, ale tylko pewnych odcinków skóry, na co wielu autorów, szczególnie Jadassohn

i Unna zwracają uwagę; pojawienie się zaś zarośnięcia w sprawach zanikowych przemawiałoby raczej za tem, że te ostatnie są następstwem pierwszego. Przypuszczać zatem można, że jakiś czynnik wywołuje naciek około naczyń, organizujący się i sprowadzający ich zanik, przez co i znaczne upośledzenie w odżywieniu skóry, a tem samem doprowadzić może i do zaniku wszystkich jej składników na pewnych miejscach.

Anatomicznie liczyć się musimy jeszcze z jednym znalezionym szczegółem; t. j. z początkowem zgrubieniem warstwy zrogowaciałej, którego przyczyny trudno na razie dociec, które atoli musi mieć wpływ i na warstwy głębsze. Widzimy zatem głębsze warstwy naskórka uciśnięte i w rozwoju upośledzone; ujścia gruczołów potowych odnaleźć trudno w zgrubiałej warstwie, włos nie może się przez nią przedostać, co nie pozostaje bez zmian następowych w torebce włosowej i gruczole łojowym. Nie chcę twierdzić, że zrgubienie warstw zrogowaciałych *(hyperkeratosis)*, tak wybitne, jak w tem cierpieniu, powstało w następstwie nacieków, upośledzających odżywienie tkanek w całej grubości skóry przez rozrost w około naczyń, pragnę jednak zwrócić uwagę na ten szczegół, istniejący właśnie w okresie nacieku, co nie może być bez znaczenia dla rozwoju sprawy chorobowej.

Huber twierdzi, że nacieki, powstałe w skórze właściwej, uciskają z jednej strony na tkankę elastyczną, z drugiej na tkankę łączną i części dodatkowe skóry, przez co sprowadzają zanik. Gdyby tak było, zanik nawet zupełny następowałby w miejscach nacieku istniejącego, lub tkanki po nim pozostałej i w jej najbliższem otoczeniu, a nie zajmowałby pojedynczych odcinków skóry na pewnych miejscach.

Z obrazu histologicznego zatem przekonaliśmy się, że w tej sprawie chorobowej mamy do czynienia ze sprawą zapalną przewlekłą, której przyczyny, jak dotąd, nie znamy. Największa liczba autorów, jak Pospelow, Jadassohn, Neumann, Huber i Bechert, uważa za przyczynę jakąś nieznaną zmianę nerwów odżywczych, a z tych tylko Neu-

mann nazywa tę sprawę zapalną, od zmian nerwowych zależną. W ten sam sposób przypuścićby można jakąś sprawę zakaźną, lub powstałą z przyczyn wewnętrznych, bo żaden z autorów zmian w nerwach obwodowych lub ośrodkach nerwowych w swoim przypadku nie wykazał. Wydaje mi się zatem słuszniejszem wskazać tylko na widoczną w obrazie mikroskopowym sprawę zapalną przewlekłą, nie mówiąc o przyczynie, która jest dotąd całkiem ciemną, bo ani przebieg kliniczny, ani badania anatomiczne sprawy tej nie wyjaśniają. Nawet porównanie obrazu klinicznego lub obrazów mikroskopowych liszaja rumieniowego *(lupus erythematosus, ulerythema centrifugum)*, choroby, najwięcej z tą sprawą patologiczną pokrewnej, nie daje nam żadnych wskazówek, bo i to ostatnie cierpienie ma nieznaną etyologię, mimo twierdzeń autorów francuzkich, uważających je za gruźlicę skóry.

Po dokładnej zatem rozwadze obrazu klinicznego, jak i obrazów histologicznych wszystkich przypadków podobnych, dotąd ogłoszonych, jak i naszego, mimowoli nasuwa się wątpliwość co do samoistności tej postaci zaniku. Histologicznie, a nawet klinicznie wykazać się daje sprawa zapalna przewlekła, która prawdopodobnie przez swoje umiejscowienie, jak to widać w preparatach mikroskopowych, następowo dopiero sprowadza zanik tkanek. Przy sprawach histologicznie zbliżonych do tego cierpienia, jak np. przy liszaju żrącym, rumieniowym, kile, spostrzegamy także zanik skóry, nazywamy go jednak „następowym“; przy tej zaś sprawie chorobowej, którą powyżej opisałem, a w której objawy zapalne są widoczne, ale powstałe z nieznanej nam przyczyny, musimy zachować na razie nazwę zaniku „samoistnego“ skóry, aż do czasu, w którym etyologia sprawy zapalnej nie będzie jasną.

W końcu składam gorące podziękowanie WP. Prof. W. Reissowi za oddanie mi powyższego przypadku do opracowania i za cenne wskazówki w pracy.

Piśmiennictwo: Bechert: Ueber e. Fall diffuser idiopath. Hautatrophie (Arch. f. D. u. S. 1900. LIII). — Breda: Contributo all'atrophia idiopat. della pelle. (Festsch. f. Kaposi. 1900). — Bronson: Atrophia cutis idiopathica. (Pos. Tow. derm. N. York. 1885). — Buchwald: Ein Fall v. diff. idiopath. Hautatrophie. (Arch. f. D. 1883. XV). — Colombini: Klinische u. histologische Untersuchungen über e. Fall v. Atrophia idiopath. (Monsh. f. pr. D. XXVIII. 2). — Elliot: Ein Fall v. idiopath. Atrophie d. Haut. (Jour. of cut. and. g. u. 1895). — Fordyce: Symmetrische Atrophie d. Haut. (Arch. f. D. S. XLVI). — Grön: Diffuse idiopath. Hautatrophie. (Norsk Mag f. Laegevid, 1891). — Heller: Ueber d. idiopath. Hautatrophie. (Fests. f. Neumann. 1900). — Huber: Ueber Atrophia idiopath. diff. progressiva cutis im Gegensatze zur seniler Atrophie. (Arch. f. D. u. S. 1900. LII). — Jadassohn: Ueber eine eigenartige Form v. Atrophia maculosa cutis. (Arch. f. D. u. S. 1892. XXIV. Ergh.). Jordan: Ein Fall v. diff. seniler Atrophie u. Hyperpigmentose der Haut. (Monsh. f. pr. D. XXV). — Kolaczek: Ein merkwürdiger Fall circumscripter Hautatrophie. (Arch. f. D. 1876). Metscherski: Atrophia cutis idiopathica et sclerodermia (Towarz. w Moskwie 1899). — Nielsen: Atrophodermia erythematosa mit excentrischer Verbreitung. (Tow. derm. duńskie 1899). — Nikulin: Atrophia cutis idiopath. (Tow. derm. w Moskwie 1897). — Neumann: Ueber e. seltene Form v. Atrophie d. Haut. (Arch. f. D. u. S. 1898. XLIV). — Ohmann-Dumesnil: Ueber e. ungewöhnlichen Fall v. Atrophie d. Haut. (Monash. f. pr. D. 1890). — Pospelow: 1) Cas d'une atrophie idiopath. d. l. peau. (Ann. d. D. e. S. 1886). — 2) Fälle idiopath. Hautatrophie. (Med. Obosrenije. 1887). — 3) Atrophia cutis maculosa. (Tow. derm. w Moskwie. 1899). — Riedel: Idiopath. progress. Hautatrophie. (Arch. f. D. u. S. XLVIII). — Rille: Atrophia cutis idiopathica. (Wien. derm. Gesel. 1898). — Schütz: Erythromelalgie und Hautatrophie. (Derm. Ztsch. 1899). — Shepherd: Atrophia maculosa et striata im Gefolge v. Ileotyphus. (Amer. Derm. Assoc. 1890) — Taylor: Ein Fall v. circumscripter idiopath. Atrophie d. Haut. (Journ. cut. and gen. ur. 1893). — Touton: Ueber einen Fall v. erworbener idiopath. Atrophie d. Haut. (Deut. m. Woch. 1886). — Unna: Ein Fall v. idiopath. diff. progress. Hautatrophie. (Fests. f. Neumann). — Zinsser: Ein Fall v. symmetrischer Atrophie d. Haut. (Ach. f. D. u. S. 1894. XXVIII).

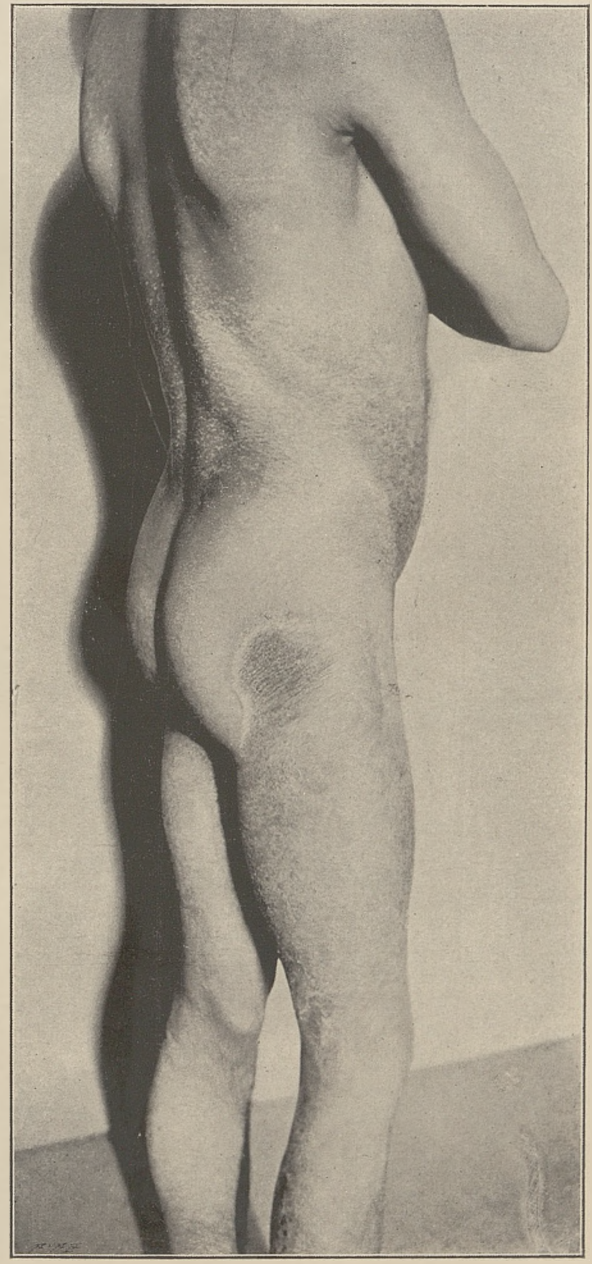


Fig. 1.

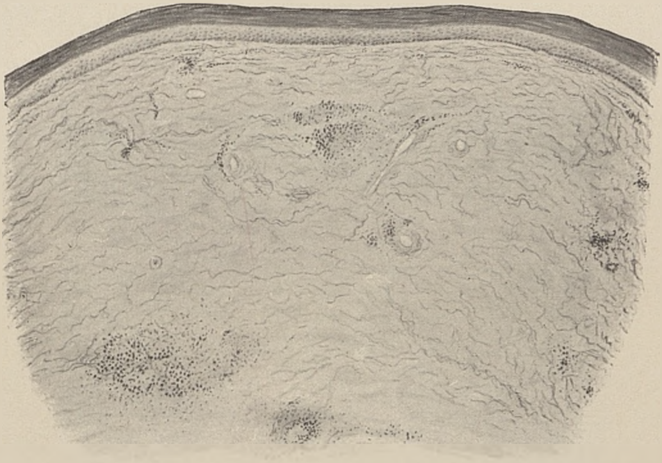


Fig. II.

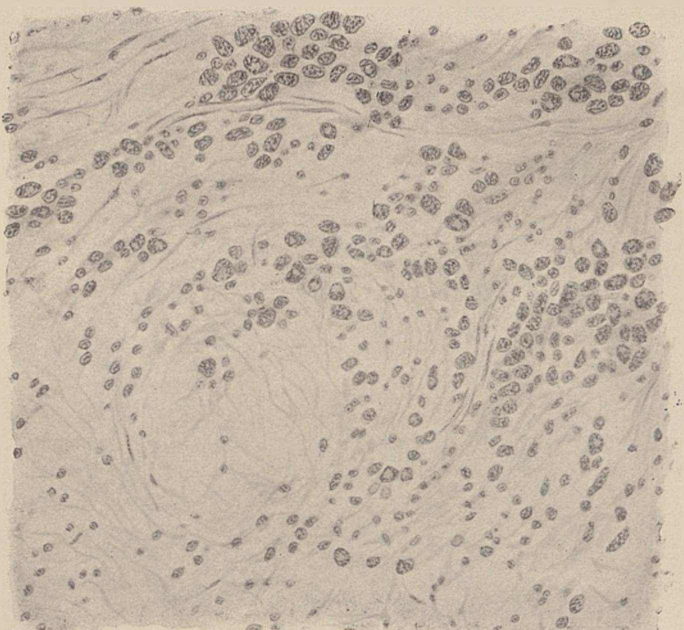


Fig. III.

[illegible]

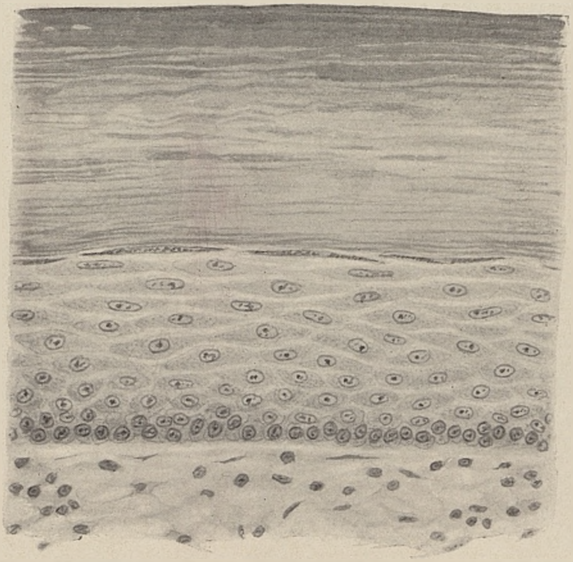


Fig. IV.

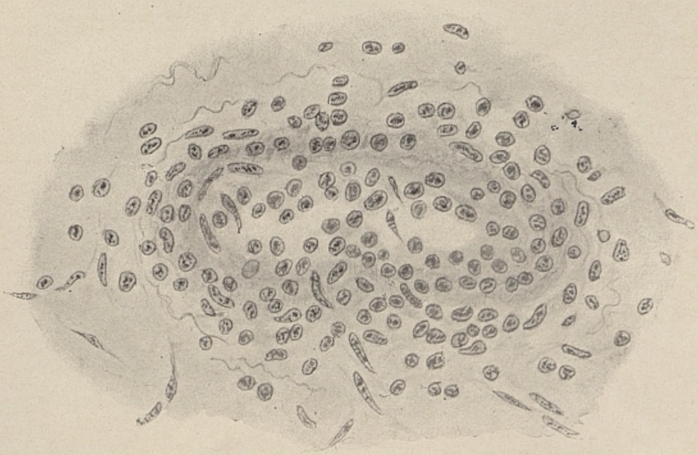


Fig. V.

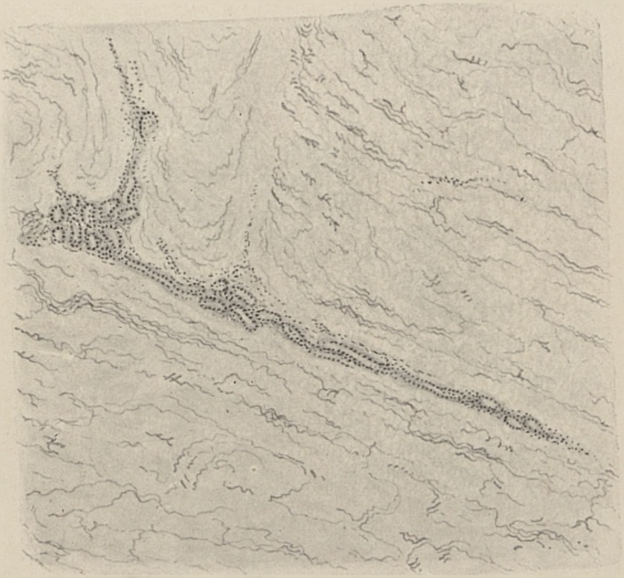


Fig. VI.

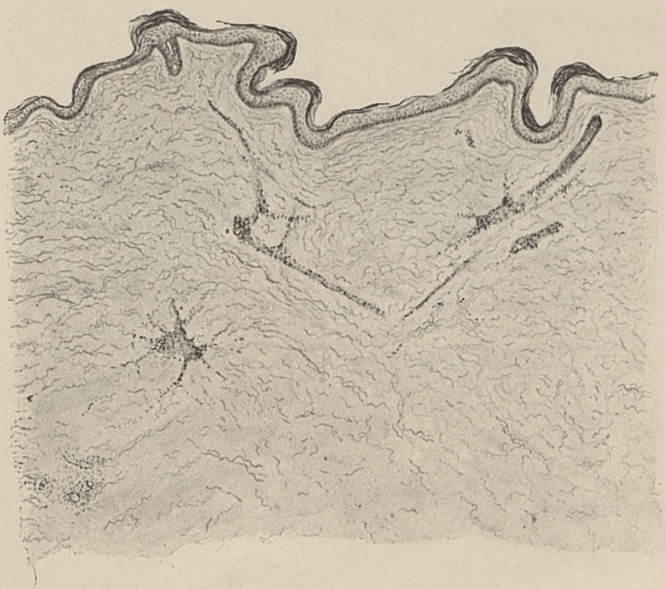


Fig. VII.



Fig. VIII.